FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1951.

TRATAMENTUL ANGIOMELOR

PRIN

LIGATURI PERCUTANATE

(PROCEDEU GOMOIU)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la 25 Iunie 1923

DE

IONESCU V. TOMA

Intern al Spitalelor.

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „CULTURA", STR. CÂMPINEANU, 15

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1951.

TRATAMENTUL ANGIOMELOR

PRIN

LIGATURI PERCUTANATE

(PROCEDEU GOMOIU)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la 25 Iunie *1923*

DE

IONESCU V. TOMA

Intern al Spitalelor.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 472.691

BUCUREŞTI

TIPOGRAFIA „CULTURA", STR. CÂMPINEANU, 15

1923

Decan: D-nul Prof. Dr. Ionnescu Thoma

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	„ „	**Athanasescu N.**
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	**Bălăcescu I.**
Anatomia patologică Bacteriologia şi patogenia experimentală	„ „	**Babeş V.**
Istologia normală şi Istogeneză	D-l Dr.	**Besnea St.**
Medicina experimentală	„ „	**Cantacuzino I.**
Clinica genecologică	„ „	**Daniel C.**
Clinica a II-a medicală	„ „	**Danielopol D.**
Anatomia topografică II	„ „	**Gerota D.**
Farmacia chimică şi galenică	„ „	**Georgescu M.**
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	**Gheorghiu N.**
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	**Ionescu Th.**
Clinica III-a medicală	„ „	**Ionescu D.**
Clinica III-a chirurgicală	„ „	**Juvara E.**
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	**Jianu A.**
Farmacologia şi materia medicală	„ „	**Lalu S.**
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	**Meţeanu N.**
Clinica boalelor nervoase	„ „	**Marinescu Gh.**
Chimia analitică	„ „	**Minovici Şt.**
Clinica infantilă	„ „	**Manicatide M.**
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	**Mezinescu D.**
Medicina legală	„ „	**Minovici M.**
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	**Manolescu D.**
Clinica I-a medicală	„ „	**Nanu-Muscel I.**
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	**Nicolau St.**
Clinica mentală	„ „	**Obregia Al.**
Fiziologia umană	„ „	**Paulescu N.**
Patologia generală	„ „	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	**Rainer Fr.**
Zoologia medicală	„ „	**Sihleanu St.**
Patologia medicală	„ „	**Thomescu I. Th.**
Terapeutica experimentală	„ „	**Theohari A.**
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	**Vintilescu I.**

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicină operatoare	„ „	**Constantinescu C.**

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-l Prof. Dr. BĂLĂCESCU I.

Membrii
- D-l Prof. Dr. Juvara I.
- „ „ „ Gerota D.
- „ Conf. „ Jianu I.
- Docent Dr. Marinescu G.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare, nici dezaprobare.

INTRODUCERE

Angiomul, afecţiune ce prin caracterele şi transformările lui, de mult a atras atenţiunea asupra sa, a fost obiectul a o mulţime de studii anatomo-patalogice, fiziopatologice şi tratamente, toate demonstrând încertitudinea începutului şi câştigarea treptat pentru unele din ele de noţiuni bine precise, cu sintetizarea lor de astăzi. Fără îndoială, datele strânse au reuşit să dea un bun studiu anatomo-patologic, iar multele metode de tratament oglindesc greutatea vindecărei angiomului încă.

Teza de faţă cuprinde o parte de consideraţiuni anatomo-patologice cu fizio-patologie adecuată şi topografia angiomului, evoluţia şi pronosticul lui conduc la tratament, cel clasic, iar partea ultimă arată procedeul D-lui Dr. Gomoiu, cu technica lui şi rezultatele obţinute.

Cele patru observaţiuni clinice, aparţin D-sale, şi pentru buna voinţă de totdeauna, ca şi cea de acum, pentru tot ce-am învăţat şi pentru cuvântul bun, îi aduc mulţumirile mele.

Mulţumirile mele Domnului Profesor Bălăcescu pentru onoarea ce-mi face prezidându-mi teza.

Juriului de promoţie şi tuturor ce cu sfatul şi învăţătura dată, au contribuit la educaţia mea medicală.

Bune aduceri aminte Societăţei Studenţilor în Medicină, Revistei „Spitalul“, şi ultimul cuvânt ca şi primul, pentru cei de care mă leagă o strânsă prietenie, de zile bune şi rele, de-un drag trecut, Crăciun, Ion Niculescu, Pavel, Popper.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0084

CONSIDERAŢIUNI ANATOMO-PATALOGICE, TOPOGRAFIA ANGIOMELOR.

Se numeşte angiom tumora în care procesul proliferativ al vaselor este caracteristica esenţiala (Borst).

Creşterea angiomelor are loc prin formarea de muguri endoteliali; substanţa de susţinere o formează ţesutul conjunctiv.

Angiomele sunt tumori benigne. Evoluiază încet pe loc. Recidivele după extirparea totală nu se întâlnesc, nici metastase. Faptele date de Borrnnam, Langhans sunt socotite de angio-epiteliome.

Clasificarea lor a variat. Unii au ţinut socoteală de natura ţesutului invadat, şi atunci le-au clasificat în angiome cutanate, subcutanate, mucoase, viscerale; alţii au fost impresionaţi de culoarea tumorei şi apoi le-au clasat în tumori arteriale, venoase şi mixte. Divisiunea cea mai ştiinţifică însă o dă Virchow, când se bazează pe caracterele anatomice ale procesului morbid. El le desparte în angiome simple şi angiome cavernoase.

Angiomul simplu, e o reuniune de capilare dilatate, întortochiate, la care se adaugă vase noi. Totul dă naştere unor mici lobuli, cât un grăunte

de mei, cunoscuţi subt numele de „grăunţi lui Porta", primul care le-a descris, şi-ar corespunde, după Billroth, sistemului vascular ce normal înconjoară glandele sudoripae, sebacee, bulbi piloşi, papilele din ţesutul celular subcutanat. Acest sistem devenind angiomatos, rezultă o configuraţie lobulata a massei totale, iar dispoziţia lor aminteşte uneori glomerulul lui Malpighi din rinichi.

In fiecare lobul, între vase, se găseşte un ţesut conjunctiv embrionar sau uşor fibrilar, care separă capilarele. Grosimea acestei lame conjunctive e variabilă, după abundenţa vaselor, ea umplând locul liber dintre ele.

Angiomul cavernos, aminteşte ţesutul erectil din istologia normală. Nu-i o varietate net distinctă, s'ar putea spune chiar că-i un angiom simplu în care pereţii capilarelor au ajuns în contact unii cu alţii, totuşi nu-i obligator pentru un angiom simplu a ajunge aci. Rindfleisch a putut observa transformarea unui angiom simplu în unul cavernos în aceiaş tumoră.

Pe secţiune se văd trabeculi încrucişaţi în toate direcţiunele, formaţi din ţesut conjunctiv, iar uneori resturi din ţesutul în care angiomul s'a desvoltat. (rinichi, ficat, splină, acini glandulari, etc.) Trabeculi circonscriu lacune pline cu sânge.

La periferie tumora e înconjurată uneori de-o capsulă bine delimitată, ce lipseşte alteori, angiomul atunci e difus.

Circulaţia în angiome se face prin vasele afferente, artere, şi efferente, vene, cum a arătat Virchow, Broca. Esmarch a descris angiome independente de artere, ce comunică cumai cu venele, Injectând angiomele prin artere, Hausse, a năruit cele susţinute de Esmarch. După cum circulaţia e mai activă sau ba, angiomul ia o culoare roşie sau albastră, fapt ce-a făcut pe Broca să descrie an-

giomul arterial şi angiomul venos, inexact, căci angiomele nu sunt formate decât din capilare.

Topografia angiomelor o dă, în parte, etiologia lor, căci fiind o afecţiune de origină congenitală, îşi au sediul de elecţiune în regiunea corespunzătoare a acestor afecţiuni, a despicăturilor branchiale şi faciale a fontanelelor, fapte puse în evidenţă de Virchow, iar asociaţia lor, dovedită tot de Virchow, cu alte malformaţiuni congenitale ca: buza de epure, spina bifida, siringomielia (Piener, Henneberg) etc. îi pledează iarăşi pentru o anumită topografie.

Parker pe 320 de cazuri dă următorul sediu:

pe faţă	95 ori
pe pielea capului	94 ori
pe trunchiu	96 ori
pe membre	42 ori
pe organele genitale	12 ori

Porta de 150 de cazuri notează:

pe cap	107 ori
pe gât	6 ori
pe trunchiu	16 ori
pe membre	17 ori
pe organele genitale	5 ori

a) *La cap* sunt angiomele bolţei craniului, ocupă regiunea mediană şi comunică prin peretele osos cu circulaţia intra craniană. Studiate de Lannelongue, le-a desfăcut angiomele congenitale, de tumorile sanguine ocazionate de fractura bolţei craniului şi înţeparea sinusului.

b) *La faţă* se întâlnesc cele mai adesea. Sunt angiomele nasofrontale, ce dela unghiul cel mare al ochiului, se ridică în sus către frunte, angio-

mele palpebrale, mai ales ale pleoapei superioare, angiomele labiale, hereditare în fosta casă Habsburgică, angiomele bucale ce cuprind pe cele ale palatului, limbei, gingiilor, planşeului bucal, impropiu numite grenouillette sanguine.

c) *La gât* mai frecvente la nivelul urechiei şi retro auriculare, apoi regiunea laterală a gâtului şi angiomele profunde anexate venei jugulare (Esmarch).

d) *Pe trunchiu*, ocupă regiunea rachidiană şi corespunde cu-o spină bifidă.

e) *La membre*, angiomele simple cutanate ating dimensiuni enorme şi topografia lor e în raport cu aceea a nervilor. Se întâvărăşeşte uneori de hypertrofia membrelor.

f. *Angiomele viscerale*. S'au descris angiome în splină, rinichi, uter, creer, mamelă, intestin, vesică, ovar, parotidă, în choroidă, nervi periferici şi mai ales în ficat. Hanot şi Gilbert au demonstrat că cele mai multe angiome ale ficatului sunt procese diferite, de cauze diverse, ce duc la angiectazi.

Ernst, Jores, Schmitt, vorbesc de-o angiometoză primară multiplă, subcutanată.

EVOLUȚIA ȘI PRONOSTICUL ANGIOMULUI

Odată desvoltat angiomul poate suferi diverse transformări ale lui însuși sau să aducă modificări de vecinătate.

a) *Transformarea cavernoasă,* e trecerea dela angiomul simplu la cel cavernos.

b) *Transformarea adipoasă,* când celulele adipoase se depun între vase, le înăbușă și dau la sfârșit în locul angiomului primitiv, un lipom mai mult sau mai puțin vascularizat, — e angio-lipomul studiat de Ch. Monod.

c) *Transformarea fibroasă,* e când traveele de țesut conjunctiv se îngroașă, se retractă și sfârșesc prin a altera vasele, și-a aduce vindecarea angiomului prin dispariția tumorei.

d) *Transformarea calcară,* când depozite calcare dau naștere angiolithilor, comparabile phleboliteloi din pachetele varicoase.

e) *Transformarea kystică,* când un segment din vas, după Holmes Coote, se obliterează la cele două extremități, și se isolează astfel din circulație, dă naștere unui kyst. Conținutul kystului la început e format din sânge, ce suferă apoi diverse modificări devenind seros. Combinația de dilatațiuni limfatice și angiectazii capilare dă naștere unei

varietăţi de angio-limfagiom (Lannelongue şi Achard).

f) *Transformarea în anevrism cirsoid. Fiziologia-patologică* o explică. Substituirea lacunelor şi alveolelor sistemului capilar aduce în presiunea sanguină locală modificări, asemănătoare celor care se produc în anevrismele arterio-venoase. Sângele trece mai uşor din artere în vene şi atunci presiunea scade în primele şi se ridică în celelalte. Lui Virchow şi Broca se datoreşte semnalizarea fenomenelor, lui Terrier şi Quénu însă studierea lor. Arterele în care presiunea diminuă pereţii îşi pierd elasticitatea, se dilată, venele în care presiunea creşte, pereţi se îngroaşă. Delbet exprimă aceasta prin „venisarea" arterelor şi „arterializarea" venelor. Prin aceste transformări vasculare, care domină circulaţia angiomelor, acesta trece la un anevrism cyrsoid, ce se semnalează prin apariţia de bătăi în tumoră, cu mişcări de expansiune, cu freamat vibrator (thrillul lui Hunter), cu sufluri, cu dilatarea arterilor vecine.

Modificări de vacinatate.

Tegumentele ce acopăr angiomul, se pot ulcera, ulceraţie ce atrage după sine lesarea vaselor şi hemoragi consecutive. Alteori aceliaş tegumente sufăr procese de keratinisare, de îngroşare a stratului cornos, dând angiokeratomul lui Mibelli.

Oasele din apropierea angiomului presintă uneori procese de osteita rarefianta (Reclus), dar poate e vorba mai mult aci de transformarea în anevrism cyrsoid.

Duzéa a studiat turburările de desvoltare ale scheletului datorită angiomelor superficiale, şi-a arătat că unele din alungirile membrelor sunt datorite lor, angiomelor.

Forme de elefantiasis congenital sunt datorite tot lor angiomelor, au susţinut Esmarch, Kuhlenkampf.

Pronostic.

Evoluţia angiomului îi dă pronosticul. La noi născuţi multe din angiome se vindecă singure (Depault) Angiomul diminuă şi dispare e „vindecarea prin atropie", dar preexistenţa lui de câţiva ani îi indică o durată indefinită. Necomptând pe transformarea lui fibroasă, ce uneori se întâlneşte, staţionarea e rară, iar Broca afirmă: „Tumorile subcutanate şi profunde nu rămân aproape niciodată staţionare, şi nu se vindecă niciodată".

Pubertatea, sarcină, traumatismele sunt factori ce biciuesc angiomul, şi-l face uneori să câştige ţesuturile profunde, muşchi, aponevrose, vase chiar, acestea au fost numite de Demarquay „tumori erectile invadante". Şi atunci la acest grad de desvoltare, când indicaţia operatorie e mai imperioasă, mijloacele de vindecare diminuă. Tumora ajunge la astfel de dimensiuni că abordarea ei devine problematică, imposibilă chiar, şi numai cu preţul sacrificărei unei regiuni, a unui membru (observaţiile) se poate interveni.

Dar pe deasupra angiomului planează mereu ameninţător transformarea lui într'un anevrism cyrsoyd. Şi aceasta e transformarea cea mai gravă. In „angiomele arteriale" ale lui Broca, deci în angiomele în care circulaţia e mai activă, se petrece această trecere, şi-am văzut cum, care aduce cu sine altă simptomatologie şi-un pronostic mai întunecat.

Tratamentul angiomelor.

Lăsând la o parte angiomele noilor născuți, care am afirmat că uneori se vindecă singure, și necomptând pe transformarea lor fibroasă, angiomul e o afecțiune ce reclamă intervenția operatorie.

Istoricul tratamentului socotește nenumărate metode, mărturia ineficacității, și ne mai pomenind pe cele preistorice, de-o practică bizară, astăzi dispunem de:

1. Compresiunea angiomelor;
2. Vaccinația;
3. Injecțiuni coagulante sau schlerozante;
4. Cauterizarea prin ferul roșu;
5. Electrolisa, electropunctura, galvanopunctura;
6. Extirparea parțială;
7. Extirparea totală;
8. Incizia circulară;
9. Ligatura tumorei în totalitate sau a vaselor principale din juru-i;
10. Roentgen-terapia;
11. Radium-terapia.

Quénu, după Broca, le sintetizează, cu drept cuvânt, după felul de-a acționa a fiecărei metode, și atunci le clasează în:

a. Metodă atrofiantă.
b. Metodă perturbatrice.
c. Metodă destructivă.

Pierre Delbet orientându-se după aceleaș date, le împarte în:

I. *Metodă ce are drept scop coagularea sângelui în tumoră*, și aci le împarte după cum acționează, într'un procedeu direct cu:

a) Compresiunea directă, întrebuințată de Roux, Nelaton, și indicată când angiomul e în apropie-

rea unui plan osos şi de mărime mică. Se realizează prin dyachilon, plăci de plumb.

b) Ligatura vaselor din vecinătatea tumorei, greu de realizat de cele mai multe ori, a vaselor principale când transformarea angiomului în anevrism cyrsoid e pe cale de-a se înfăptui. A fost practicată mai ales în angiomele pielei capului făcându-se ligatura carotidei primitive şi externe. Rezultatul a fost nul.

c. Incizia circulară, peri-tumorală, cu secţionarea vaselor aferente.

Procedeu indirect, cu:

a) Acupunctura, preconizată de Velpeau, cu străbaterea tumorei prin termocauter, străbatere repetate la interval de-o lună. Lallemand întrebuinţa ace lungi de entomologist pe care le lăsa a „demeurre".

b) Injecţiunele coagulante sau sclerozante preconizate de Monteggia (1814) şi executate de Lloyd, cincisprezece ani mai târziu. Substanţele întrebuinţate au fost nenumărate, fiecare trăind efemer: clorurul de calcium, taninul, amoniacul, acizi, tinctura de iod, alcool, formol. Astăzi se mai foloseşte de formol, de liquoarea lui Piazza modificată de Th. Anger: Apă distilată 60 gr., perchlorur de fer la 30° 25 gr., la care Anger a adăugat pentru a fi mai puţin caustică chlorur de sodium 15 gr. Morestin, ca şi Lannelongue, injecta o soluţie de $^1/_{10}$ de chlorur de zinc, a cărei acţiune sclerogenă e cunoscută. Metoda îşi are desavantaji ce-au făcut-o să cadă în desuetudine. S'au citat accidente mortale, date de embolii, cu toate precauţiunele luate (compresia circulară preliminară cu-un inel). Durerea locală, escarele au fost iarăşi menţionate, iar toate au făcut ca metoda să fie discutată şi aplicată cu rezerve.

II. *Metoda ce are drept scop producerea unei inflamații ușoare urmată de-o retracție fibroasă.*

a) Topice: colodium, iod, alaun, acetat de plumb. Boïng utiliza o soluție de sublimat corosiv în colodium 4%, cu care badijona timp de patru zile conturul tumorei până se face o bandă groasă retractilă.

b) Vaccinația, procedeu nesigur în rezultate, și care se întrebuința la noi născuți pe petele erectile. Boeckel recomandă aplicarea pe naev a unei vesicatoare mici și pansarea după desfacerea acesteia cu-o compresă imbibată de vaccin.

c) Setonul.

III. *Metode destructive.*

a) Extirparea parțială, recomandată și practicată de Dieffenbach în angiomele feței, consista în a descoperi tumora printr'o incizie dublă, eliptică, și-a excisa cu bisturiul sau foarfeca o porțiune. Ligatura punctelor ce sângerează mai mult, sutura plăgei și-un pansament compresiv, complectează hemostaza. Excizia e repetată la nevoie și dispusă astfel ca cicatricele diforme să fie pe cât posibil evitate.

Extirparea parțială, a fost lipsită însă de succes terapeutic. Porțiunea din angiom ce-a rămas, numai când plaga operatorie a fost urmată de-un proces inflamator, de suppurație, a regresat, și a completat operație, de unde nu, și-a continuat procesul evolutiv reclamând o altă intervenție.

b) Extirparea totală, în angiomele mici, pediculate, e metoda cea mai recomandabilă, când aplicarea ei e posibilă și care a dat statistica cea mai bună. Ea devine imposibilă când angiomul e prea mare, sau regiunea prea delicată.

c) Electroliza, imaginată de Ciniselli, corespunde faptului că „un curent galvanic traversând țesuturile produce fenomene chimice, electrolitice: acizi ce rezulta din descompunerea lichidelor organice se duc la polul pozitiv, basele și alcalinele la polul negativ. Acizi determină coagularea albuminei și-a fibrinei, formarea unei escare dure și uscate la polul pozitiv, moi și umede la cel negativ. Escara acidă e aderentă, se detașează greu și lasă în urmă un țesut retractil, escara alcalină e mai puțin aderentă și lasă în urma-i un țesut mai puțin retractil" (Quénu). Pe aceste considerente s'au imaginat cele trei metode de electroliză și anume:

1. Monopunctura negativă, polul negativ singur e introdus în angiom, cel pozitiv reprezentat printr'o placă e așezat la distanță; practică părăsită pentru lipsa de tendința la cicatrisare și-am văzut de ce.

2. Monopunctura pozitivă, dispoziția e inversă, electrodul pozitiv e reprezentat prin mai multe ace, ce sunt introduse în tumoră, cel negativ printr'o placă de metal de o suprafață mare e așezat la distanță. Curentul trebue să fie slab, se începe cu 10 m. A. și se mărește până la 60 m. A; durata unei aplicări e de 5—10 minute și se întrerupe progresiv. Metoda are două inconveniente: dă dureri mari, contra cărora Schwartz s'a servit de cocaină, alți de cloroformizare, și acțiunea e lentă.

3. Electropunctura bipolară. Susținută de Bergonié ce-i pledează următoarele avantagii: limitarea acțiunei electrice la spațiul interpolar, suprimarea fenomenelor dureroase și permiterea întrebuințărei de curenți mai intenși, grație cărora se obține distrugerea angiomului mai repede. Ambi electrozi, formați din ace, sunt introduși în tumoră, la cel mult 12 mm. depărtare. Intensitatea curentului variază cu depărtarea acelor și mări-

mea tumorei. Pentru un angiom mic un curent de 40 m. A. e de ajuns, durata unei şedinţe e de câteva secunde pentru unul mare de câteva minute. Numărul înţepăturilor la fel variază după mărimea angiomului. Una singură pentru un angiom mic, 4—5 pentru unul mare, începând dela periferie către centru.

La câtva timp după operaţie trebuie să se constate întărirea părţei electrolizate şi ştergerea tumefacţiei.

d) Roentgen-terapia, împărţită mai târziu cu

e) Radium terapie îşi disputa astăzi cu electroliza eficacitatea. Wickham şi Degrais, Dominici, au arătat acţiunea electivă specifică a radiumului asupra angiomelor. Aplicarea nefiind dureroasă şi mai uşoară îi da avantagi asupra electrolizei. Casierul radium-terapiei numără frumoase rezultate terapeutice în angiomele plane, mamelonate, în angiomatosa rectală, în angiomele pielei, dar reverul medaliei arată accidente neplăcute ce-au făcut pe Kirmisson să denunţe: „abusul şi pericolul radium-terapiei în cura angiomelor".

Ligaturile percutante.

Inconvenientele procedeelor citate pe deoparte, greutatea aplicărei a unora din ele pe dealtă parte, au hotărât pe Domnul Dr. Gomoiu să imagineze un procedeu simplu în aplicare şi la baza căruia stă o manoperă veche, cunoscută în chirurgie, ligatura parţială a tumorei, cu sclerozarea cicatricială consecutivă. Socotind faptul că în cele 4 cazuri în care a fost aplicat, desvoltarea angiomului reclama la unul amputarea membrului, că electro-punctura într'un caz, roentgenterapia în celălalt nu dăduse nici un rezultat, şi comparând rezultatul prin procedeul Gomoiu, rezultat favo-

rabil ce se menţine de doi ani, acesta se impune, iar technica uşoară îl favorizează.

Technica.

Pe suprafaţa angiomului, se trec prin ajutorul unui ac Reverdin, fire nerezorbabile, de setolină, fire care trebuie să cuprindă în ansa lor toate ţesuturile până la aponevroză. Un fir trecut e încălecat, încrucişat, de un altul. Acest sistem e repetat pe-o porţiune a angiomului variabilă cu gradul de desvoltare, cu sediul lui. Apoi firele se înoadă, strângând ţesuturile prinse în ansă, suprafaţa angiomului e micşorată. Hemoragia ce rezultă din trecerea acului, se opreşte imediat ce firele au fost strânse. Un pansament aseptic deasupra e păstrat timp de 10—12 zile, când firele se ridică. La nivelul lor se produce o mică cicatrice retractilă ce cu timpul redobândeşte aspectul normal. Se aplică din nou o serie de fire, intermediare celor vechi, şi totul se repetă, numărul şedinţelor îl face mărimea angiomului.

Rezultatul operator se constată pe-o serie de cicatrice mici, abea apreciabile la nivelul firilor, iar rezultatul terapeutic este procurat de ţesutul cicatricial care se produce în profunzime şi de retracţiunea secundară.

OBSERVAȚIUNI

Angiom cavernos difez al membrului superior.

Observație D-lui Dr. Gomoiu. Revista de Chirurgie No. 1 din 1914.

Bolnavul I. D. de 50 de ani, afirmă că din mica copilărie, de când își poate aduce aminte, membrul superior stâng era ceva mai voluminos decât cel drept, și de câte ori ținea membrul în jos, volumul lui aproape se dubla — „se umfla și pe alocurea pielea se colora roșu-violaceu", iar dacă ridica mâna în sus își revenea la volumul anterior. Această stare nu i-a adus nici un neajuns și bolnavul a continuat să lucreze la munca câmpului până la etatea de 25 de ani, când și-a schimbat ocupația devenind portar. Tumefacția membrului a progresat continu, pe nesimțite, cu conservarea tuturor mișcărilor, până acum două luni, când bolnavul a început să simtă o durere suportabilă la partea superioară a feței antero-interne a antebrațului stâng. In timp de o săptămână durerile scad din intensitate, și în locul lor se instalează niște adevărați noduli moi, violacei, reductibili, care devin din ce în ce mai manifești. După două săptămâni acelaș lucru se petrece la nivelul mâinei și flangelor stângi ; fața dorsală și palmară a mâinei și alangelor pare îmbrăcate cu câte o pernă moale violace reductibilă prin presiune, dar ușor reproductibilă.

Bolnavul însăşi constata că tumefacţia nu se mai reproduce spontaneu prin schimbările de poziţie ale membrului, iar mişcările, mai ales ale flangelor devin devin din ce în ce mai reduse.

La această stare s'a adaugat zilnic exagerarea durerilor, şi limitarea tot mai mult a mişcărilor, până ce nu-a mai putut să se servească de mână şi apoi apariţia unor leziuni asemănătoare în regiunea presternală.

Stare prezentă. Bolnavul robust, stare generală perfectă. Membrul superior stâng prezintă o tumefacţie difuză, întinsă dela vârful degetelor şi până la treimea superioară a braţului, dându-i un volum aproape dublu decât congenerul său şi un aspect diform, neregulat, boselat, şi pe alocurea albăstrui. In special pe faţa palmară şi dorsală a degetelor şi pe faţa anterioară a braţului tegumentele sunt mai subţiri, întinse, mai lucii şi violaceu-albastre. E o adevărată tumoră care cuprinde membrul superior, gâtuită la nivelul pliceelor de flexiune, unde tegumentele aderă de planurile profunde şi unde oferă adevărate şanţuri. In părţile mai proeminente, la nivelul boselurilor tegumentele aderă la formaţiunele profunde părând a face corp cu tumoarea.

Prin presiune, tumefacţia se reduce aproape complect dar se reface imediat ce încetează presiunea. Nu se poate stabili nici un raport cu vasele ; tumefacţia se reduce aproape complect dar se reface atât deasupra cât şi dedesubtul punctului comprimat, ori care ar fi el. Numai compresiunea humeralei şi reducerea prin bandă, întârzie oare cum refacerea tumefacţiei.

Mişcările în articulaţia pumnului şi mai ales cele ale degetelor sunt aproape imposibile. Bolnavul nu se mai poate servi de loc de mâna lui. Intreg membru este susţinut într'un bandaj, întocmai ca un membru fracturat, iar durerile sunt continui şi necesită uneori

administrarea morfini; ele se exagerează prin presiune.

Radiografia nu decelează nici o deformaţiune osoasă şi nimic altceva decât o serie de formaţiuni calcare — unele cât bobul de mazăre, altele cât bobul de porumb, diseminate în toată întinderea membrului.

Nu există nici o reacţie inflamatorie, locală sau generală. Temperatura oscilează între 37^0—37^2.

In regiunea presternată se constată de asemenea o tumefacţie difuză, neregulată, boselată, acoperită de tegumente subţiri, violacei. Tumora e moale, se reduce uşor prin presiune şi palpaţia constată aci prezenţa unor formaţiuni dure, rotunde, mobilizabile. Această tumoră este absolut indolentă şi lipsită de orice reacţie inflamatorie.

In trecutul patologic a bolnavului, mama a murit în urma unui neoplasm al sânului. Au fost 12 copii, dintre care trăesc numai doi, iar ceilalţi au sucombat între 5—12 ani. Nevasta lui a avut 3 sarcini şi 3 avorturi şi-a sucombat în urma unui neoplasm al uterului.

Antecedente personale: pojar, febră tifoidă, pneumonie, alcoolism şi tabagism.

Bolnavul se mai prezentase şi altor consultaţiuni chirurgicale, şi i se propuse *amputarea braţului ca singur tratament indicat.* Faţă cu refuzul bolnavului, i s'a aplicat pe o regiune limitată o serie de legături percutante încrucişate, după technica descrisă. Rezultatul local a fost îmbucurător. Pe locul de trecere a firilor s'a obţinut o serie de cicatrice retractile, iar tegumentele delimitate au căpătat o coloraţie normală.

Survenind războiul bolnavul nu a mai putut fi urmărit, iar între timp a murit — de o afecţiune intercurentă.

OBSERVAȚIA II-a

Angiom al pavilionului urechiei, al regiunei retro și supra auriculare stângi.

Copila E. A. de 13 ani, se prezintă la consultați pentru o tumefacție în regiunea auriculară stângă. In antecedente, în prima copilărie a suferit de pojar. Nici o altă maladie câștigată, nici congenitală. Până acum șase ani de zile nu a observat nimic la nivelul urechiei. Atunci a simțit pavilionul urechiei mărit și ușor dureros. La început nu a dat nici o atenție celor relevate, cu timpul însă, tumefacția creștea și prindea regiunea retro auriculară. — Un medic consultat pune diagnosticul și indicația operatorie de *amputarea urechiei*. — Pacienta refuză, și un alt medic consultat o supune la *cinci ședințe de ignipunctură*. — Rezultatul fiind nul se adresează la consultați.

Bolnava prezintă o tumoră enormă ce cuprinde întreg pavilionul până la conductul auditiv, regiunea retro auriculară și supra auriculară. Tegumentele ce acopăr tumora sunt suple, alunecă pe suprafața ei. Aceasta nu-i uniformă, prezintă părți mai ridicate decât altele, colorată albastru închis. La palpație arată o consistență moale, uniform de moale în totalitate, nu-i aderentă planurilor profunde, marginele nu se pot delimita, se pierd în țesutul din jur. La presiune volumul tumorei se reduce,

pentru a se reface imediat ce aceasta încetează. Percuția arată matitatea tumorei.

La auscultați nu se percepe nici un sgomot.

Diagnostic. Angiom al urechiei stângi, al regiunei retro și supra auriculare.

Operație. La 16 Aprilie 1922, se aplică o serie de ligaturi percutanate după technica obișnuită, ce se repeta la trei săptămâni de interval, în trei ședințe.

Rezultat operator. După fiecare aplicare tumora își micșorează volumul, în urmă rămân numai cicatricele, care treptat se șterg.

Văzută după doi ani, întreg angiomul e șters. Regiunea supra și retro auriculară perfect nivelate, suplă, pavilionul urechei în partea cartiloginoasă îngroșat.

OBSERVAȚIA III-a

Angiom al vârfului nasului.

Copilul M. L. în etate de 10 luni e adus la consultați pentru o tumoră a vârfului nasului.

Mama lui povestește că la șease săptămâni după naștere i-a apărut această tumoră, la început sub forma unei pete de culoare închisă. In acest stadiu a stat câteva luni, ca apoi să se mărească de volum și să ajungă la dimensiunile actuale.

Vârful nasului și părțile laterale ale lui, împietând puțin și asupra aripelor, e ocupat de o tumoră sesilă, de mărimea unei castane, moi, de culoare roșie vânătă, brăzdată de traineuri varicoase, nedureroasă, neaderentă de țesuturile din jur, puțin reductibilă prin pesiune, nu-și schimbă de volum.

Pentru această tumoră a fost supus *ignipuncturei timp de două luni, și Roentgenterapiei,* fără nici un rezultat.

Operație. La 1 Iunie 1922, se aplică o serie de legaturi percutanate (Procedeu Gomoiu), care se repetă după 2 săptămâni.

Rezultat operator. Angiomul perfect vindecat, din el nu a mai rămas decât o ușoară cicatrice.

Bolnavul văzut după un an, rezultatul se menține.

OBSERVAȚIA IV-a

Angiom al feței stângi.

Bolnava V. S. de 16 ani, se prezintă la consultație (în urma recomandărei D-lui Dr. Romalo, mulțumit fiind de rezultatul obținut în obs. 3-a), în ziua de 13 Dec. 1922, pentru tumefacția obrazului stâng.

In trecutul bolnavei nici o maladie castigată, nici congenitală. A fost menstruată la vârsta de 14 ani, și are menstruele regulat.

Afecțiunea actuală datează dela naștere, nu atât de avansat; în ultimul timp s'a accentuat mărimea tumefacției.

Bolnava prezinta, toată jumătatea stângă a feței, enorm mărită de volum, de culoare roșie-albastră. Jumătatea stângă a ambelor buze, turgescentă mărită, căzută în jos, comisura scoborâtă. Nasul întreg crescut de volum, de culoare vânătă, pare de 3—4 ori mărit. Ploapele ochiului stâng la fel mărite, acopăr ochiul. Tumefacția se întinde pe frunte în jumătatea stângă, cuprinde întreg frontalul și parte din parietal, câștigă în urmă pavilionul urechei, și scoboară subt ramura orizontală a maxilarului inferior. De consistență moale, întreaga tumoră când e prinsă în mână se reduce cu ușurință, dă impresia unui burete, ce se exprimă de apă cu care-i îmbibat, Imediat ce presiunea încetează, tu-

mora se reface. Marginele ei nu se pot bine delimita, nu aderă de părţile profunde.

Pe faţa internă a obrazului, se desenează nişte ridicături albastre-vinete, neregulate uneori, moi, uşor reductibile, ce se întind până la stâlpii amigdalei stângi. Pe conjunctiva palpebrală se văd iarăşi aceliaş excrescenţe, cu acelaş caracter.

Tumura nu-şi schimbă singură niciodată de volum.

Diagnostic. Angiom al feţei stângi.

Operaţie. Le aplică pe o porţiune a angiomului ligaturile percutanate, (Procedeu Gomoiu). Pe locul de operaţie, rezultatul mulţumitor.

Bolnava din provincie, e reclamată acasă, rămând să se înapoieze pentru continuarea tratamentului.

CONCLUZIUNI

1. Din cauza evoluției lui progresive, angiomul trebuie considerat în totdeauna ca o afecțiune serioasă.

2. Seriozitatea lui prin invadarea regiunelor, reclamă un tratament cât mai neîntârziat.

3. Dintre tratamente, excisia totală dă rezultate bune când se poate aplica, ligatura percutanată cu fire încrucișate (Procedeu Gomoiu) este aplicabilă în toate cazurile.

4. Technica acestui procedeu este din cele mai simple.

5. Rezultatele, atât imediate cât și tardive, obținute prin acest procedeu, în cele 4 observațiuni de care dispunem, susțin pentru generalizarea lui.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei, **Prof. Dr. Balăcescu**

Decanul Facultății, **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

In afară de subiectul tezei, candidatul este dator a răspunde la orice chestiuni medicale ce i se vor pune de către juriul examinator.

BIBLIOGRAFIE

Borst. în Aschoff Pathologische Anatomie.
P. Delbe. Angiomes în le Dentu. — Delbet.
Gomoin. Asupra tratamentului angiomului feţei prin ligături percutanate. Spitalul No. 11, 1920.
Gomoiu. Reviste de chirurgie No. 1. 1914.
Kirmisson. Précis de Chirurgie infantile.
Forgue. Precis de Pathologie externe.
Monod-Vanvertz. Technique. Operatoire.
Qnénu, Angiomes în Duplay — Reclus.